



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un  
hospital de día de geriatría"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Geriatría

**AUTOR**

Sonia Enith VÁSQUEZ PEZO

**ASESORES**

Gerardo LIRA LINARES

Fernando Alberto HIDALGO FIGUEROLA

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Vásquez S. Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un hospital de día de geriatría [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

---

## **RECONOCIMIENTOS**

A mis padres y hermanos, en especial a mi hermano Julio César por su apoyo y generosidad.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis asesores el doctor Gerardo Lira Linares por su orientación y consejería en el planeamiento y desarrollo del presente trabajo y al doctor Fernando Alberto Hidalgo Figuerola por su apoyo en el análisis estadístico, desarrollo y parte final de este trabajo.

Gracias a Uds. Este trabajo se pudo concluir satisfactoriamente.

**La autora**

## **INDICE**

<b>1.</b>	<b>RESUMEN.</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS.</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>MATERIALES Y METODOS.</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.</b>	<b>17</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSIÓN.</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>27</b>
<b>8.</b>	<b>RECOMENDACIÓN.</b>	<b>29</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>30</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.</b>	<b>32</b>

## **1. RESUMEN**

En el hospital de día de geriatría se realiza un enfoque integral a través de una evaluación interdisciplinaria, en nuestro medio son contados los hospitales generales que incluyen hospitales de día de geriatría (HDG), existiendo pocos estudios de los pacientes que acuden a ellos.

Actualmente existe un incremento en el porcentaje de pacientes ancianos con deterioro funcional y criterios de fragilidad, estudios previos han demostrado el beneficio del hospital de día de geriatría, en la mejora funcional, alta precoz, menor institucionalización, disminución de la sobrecarga del cuidador, mejora en la calidad de vida, etc. Con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al HDG, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo a través de recolección de datos obtenida de las historias clínicas durante el período de Agosto del 2000 a Mayo 2003. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 12,0. Para ello se evaluaron 160 pacientes, la mayoría mujeres (56,2%), con un promedio de edad de 76.8. El 53.8% procedían de la unidad geriátrica de agudos. El 67.5% tenían buen apoyo social. El 57,5% fue referido para valoración geriátrica integral. El 92.6% presentaba uno o más síndromes geriátricos. El 60% tuvo algún grado de dependencia funcional. Hubo deterioro cognitivo leve en 31,3% y deterioro cognitivo moderado-severo en un 20%. El 98.7% consumía 1 o 3 medicamentos. El 10% consumía más de 5 medicamentos y el 25% tuvo depresión leve-moderada.

## **2. INTRODUCCIÓN:**

El modelo de hospitalización diurna está teniendo importante desarrollo en diferentes especialidades sanitarias para ahorrar estancias, disminuir ingresos hospitalarios, reingresos, etc.

La perspectiva epidemiológica de aumento del envejecimiento de las sociedades occidentales prevé un importante aumento de los años de incapacidad, el HDG proporciona un tipo de atención sanitaria que ayudaría a mantener el mayor tiempo posible en el domicilio a los ancianos con la idea de evitar o retrasar su institucionalización. (1)

El HDG se define como aquel nivel asistencial hospitalario, integrado en el servicio de geriatría, que atiende a ancianos de la comunidad y de diversas áreas de hospitalización con el objetivo principal de la recuperación funcional para posibilitar que estos ancianos continúen viviendo en su domicilio.

En el HDG el tratamiento es integral a través de la valoración geriátrica con un equipo interdisciplinario, haciendo especial énfasis en la recuperación funcional, sin olvidar el seguimiento de los problemas médicos, de enfermería y sociales. (2)

Por las características del enfermar del anciano, el servicio de geriatría proporciona a los pacientes un sistema de cuidados progresivos. El Hospital de día actúa de paso intermedio entre el hospital y el domicilio del paciente, proporcionando los beneficios de la atención hospitalaria (en cuanto a diagnóstico y tratamientos) y restándole el componente de cierta agresividad que el hospital conlleva para ciertos pacientes geriátricos y, por otro lado, facilita que el anciano se adapte a vivir de nuevo en su domicilio tras la hospitalización. (3)

La idea de los “cuidados de día” nació en Rusia en los años treinta, con el objeto de atender las necesidades de los pacientes neuropsiquiátricos.

Posteriormente, esta idea se traslada al Reino Unido, donde se estableció el primer hospital de día psiquiátrico en Londres en 1946. Los HDG nacieron como una alternativa para evitar el reingreso de los pacientes ancianos en las salas hospitalarias o en los departamentos de terapia ocupacional tras ser dados de alta.

En el Reino Unido empezaron a desarrollarse en los años 50, convirtiéndose en una unidad muy popular de los servicios de geriatría. En los años 80 casi todos los



hospitales contaban con al menos un HDG, con el objetivo central de permitir al anciano seguir, viviendo en su domicilio.

Brocklehurst, en 1977-1978, mediante un estudio amplio que incluye 217 HDG del Reino Unido, describió un perfil de HDG y de sus pacientes que sigue vigente actualmente. Las principales funciones descubiertas en dicho estudio fueron: 1) Valoración funcional y médica, 2) Rehabilitación, 3) Mantenimiento funcional, 4) Descarga y cuidado social y, 5) Procedimientos médicos y de enfermería.

La razón más frecuente del inicio de la asistencia al HDG es la recuperación de la máxima capacidad física, mental y social. Es un proceso que prevé recuperación o al menos mejoría, y que es dinámico y finito. En el HDG se realiza fisioterapia y/o terapia ocupacional para pacientes con pérdida de autonomía para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La terapia en el HDG se prolonga durante varias horas al día a un ritmo más lento que la media hora diaria que se realiza habitualmente en un servicio de rehabilitación convencional y que por otro lado, para los pacientes geriátricos puede ser poco aprovechada. La rehabilitación debe verse como un tratamiento que termina cuando se alcanza la máxima independencia posible.

Los geriatras ven la rehabilitación como la función más importante de los HDG. Además, en el 58% de los HDG acuden para rehabilitación los pacientes ingresados en las salas de hospitalización del servicio de geriatría, y esto parece beneficioso, ya que estos pacientes van preparándose para el alta, adaptándose a las actividades de los pacientes que acuden ambulatoriamente al HDG. El mantenimiento de la capacidad funcional incluye una asistencia periódica prolongada al HDG. Una vez a la semana o incluso menos es suficiente para mantener la ganancia lograda en la función previamente.

Según el estudio nacional británico de 1991/1992, de los 31% de los HDG encuestados un 10% de los pacientes acudían a los HDG desde hacía más de un año.

La valoración multidisciplinaria es habitual en la valoración inicial de todo paciente ingresado al HDG. Algunos pacientes son remitidos exclusivamente para valoración, demostrándose el HDG un nivel muy idóneo para ello, ya que la observación de síntomas de los diversos síndromes geriátricos (como trastornos de la marcha, caídas,

control de esfínteres, situación mental, etc.) puede llevarse a cabo en él de forma exhaustiva y con la colaboración interdisciplinaria de todo el equipo.

El HDG es un lugar adecuado y seguro para monitorizar la respuesta a tratamientos como anti parkinsonianos, anticoagulantes, antidiabéticos, etc. Además pueden realizarse procedimientos médicos y de enfermería, como transfusiones, punciones lumbares, paracentesis, controles metabólicos, educación sanitaria para diabéticos, evaluación y reentrenamiento de continencia de esfínteres, de estreñimiento, educación para cuidadores, cura de úlceras, cuidado de catéteres, etc.

Los pacientes que acuden al HDG en la mayoría están incapacitados, principalmente por patologías como accidentes cerebro vascular y patología del aparato locomotor (artrosis, artritis reumatoide, fracturas de cadera). También son comunes los diagnósticos de caídas, parkinsonismos, cardiopatías, diabetes, trastornos afectivos y demencia. Los pacientes con demencia pueden acudir al HDG para diagnóstico, pero más frecuentemente para descarga del cuidador, siendo éste un motivo de ingreso que genera estancias prolongadas, ya que son enfermedades progresivas y muchos pacientes son dados de alta del HDG cuando ingresan en una residencia.

La edad de los asistentes al HDG supera los 65 años, aunque no se excluyen en general pacientes más jóvenes. Los que más se benefician son el grupo de edad entre 75 a 85 años. La edad media de los HDG españoles es de 73 años (58% mujeres), y en el 70% de ellos admiten pacientes menores de 65 años a diferencia del 5%, que lo hacen en los HDG británicos. Por ello, entre otros motivos, su edad media es superior: 81 años (rango entre 52 a 92). La mayoría de los pacientes acuden tras ser dados de alta de las salas de geriatría (28-45%), aunque pueden ser remitidos desde la consulta externa tras una valoración domiciliaria o directamente del equipo de atención primaria (18-47%).

La ubicación de los HDG debe garantizar el acceso a todos los recursos sanitarios necesarios para el manejo de los ancianos frágiles con múltiples patologías, como puede ser el mismo hospital que la unidad de agudos.

En el Reino Unido, un tercio de los HDG están en hospitales generales, otro tercio en hospitales de apoyo y el resto en hospitales comunitarios. Sin embargo, en España, se

encuentran en hospitales generales (15%), de apoyo (18,5%), en monográficos de geriatría (18,5%), en centros socio sanitarios (44%), y otros (4%). (4)

También pueden ser usados para consulta externa, para rehabilitación de pacientes ingresados, pudiendo así economizar en personal y equipo. Así, los ancianos se ahorran la incomodidad de los trayectos largos si viven en núcleos rurales alejados del hospital.

La distribución del espacio debe facilitar el cuidado de estos pacientes tan complejos (con problemas de movilidad, problemas sensoriales y cognitivos). Los sillones, los pasillos, los lavados, deben estar adaptados para personas incapacitadas, en especial para el uso de sillas de ruedas, andadores, etc. Con preferencia, estarán en planta baja, con acceso fácil y cubierto para el transporte y que, las distancias que el paciente deba caminar entre despachos sean cortas. Deben contemplarse las siguientes áreas: terapia (terapia ocupacional, fisioterapia, logoterapia), consulta médica, consulta de enfermería, comedor, área de recreo y descanso, WC, baño, sala de reuniones, oficina de administración, recepción, archivo y almacén. El área de terapia ocupacional deberá incluir los accesorios necesarios para practicar las actividades de la vida diaria (cama, cocina).

El número de plazas del HDG es importante y es difícil ajustarse a las necesidades recomendadas. El Departamento de Salud Británico recomienda 1 a 2 plazas por cada 1000 > 65 años o 4,5 por cada 1.000 > 75 años. Se ha comprobado que una media de asistencias de los pacientes de dos veces por semana durante tres meses se corresponde con una necesidad de 2 plazas por cada 1000 ancianos. Si existen suficientes centros de día y hospitales de día psicogeriátricos en el área sanitaria, se puede dar un buen servicio con 1,5 plazas por cada mil ancianos mayores de 65 años. Y si el HDG se centra en la rehabilitación, pueden ser suficientes 0,5 plazas por cada 1000 > 65 años. Se ha observado que en HDG pequeños (menores de 20 plazas) se consigue una actividad terapéutica mayor que en las unidades grandes (15). En los HDG españoles la media es de 18 plazas, lo que se corresponde con 1,7 por cada 1.000 > 65 años.

El transporte que lleva a los pacientes a los HDG debe ser adaptado para incapacitados. Lo más recomendado son los mini buses asistidos por dos personas. El recorrido para recoger a los pacientes puede durar entre 60 y 90 minutos; el estándar británico es que el 89% de los pacientes pasan 64 minutos; en España el recorrido medio es de 43 minutos. Son pocos, alrededor de un 8%, los que pueden venir en el coche de un

familiar; esto está muy limitado por la incapacidad de los pacientes. La distancia dificulta el traslado, los pacientes que viven a más de 20 kilómetros son menos frecuentemente remitidos al HDG por sus médicos. El transporte eleva los costes del HDG y entorpece su funcionamiento porque puede fallar, cuando depende de agencias contratadas sobre todo, ya que los pacientes llegan tarde o faltan algunos días.

Si el HDG dispone de vehículo propio, es más eficaz y económico que depender de compañías externas. El personal que trabaja en el hospital debe formar un equipo interdisciplinario que no debería diferir en su composición del equipo que atiende a los pacientes ingresados en el servicio de geriatría.

El Director de la unidad puede ser cualquier miembro. Los integrantes del equipo son médico geriatra, enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, trabajador social, personal administrativo y opcionalmente otros, como logoterapeuta, podólogo, dentista, peluquera, etc. Se recomienda un médico a jornada completa, una enfermera y una auxiliar de enfermería por cada 10 a 12 plazas, un trabajador social por cada 50 plazas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y auxiliares de terapia 1 por cada 12 plazas y un logoterapeuta por cada 30 plazas. Sin embargo, son pocos los HDG que cuentan con estos ratios de personal, ya que la mayoría tienen un fisioterapeuta y terapeuta ocupacional a jornada completa y de 2 a 5 plazas de enfermería, incluyendo auxiliares.

Los HDG ofrecen servicio diurno durante unas 8 horas, a excepción de los fines de semana. El horario de apertura según centros es de 8 a 10 de la mañana y de cierre de 5 a 7 de la tarde. En el Reino Unido tienen calculado que el anciano permanezca en el centro entre 4 a 6 horas, de las cuales el 50% de ese tiempo es para terapia ocupacional (individual, de grupo y recreativa); el resto del tiempo estaba repartido entre la fisioterapia (10%), cuidados de enfermería (10%) y atención médica (1% excluyendo la valoración inicial), se calcula que el tiempo de inactividad (descanso) es de una hora y media. Debe hacerse unas órdenes escritas donde se especifiquen los objetivos del HDG, que sea la forma de presentación de la unidad a los familiares y pacientes cuando estos van a comenzar a asistir.

La valoración la hace inicialmente el médico y la enfermera, detectando los problemas que presenta el paciente. Después es valorado por la terapeuta ocupacional en el área de

las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; la fisioterapeuta valora los problemas de movilidad determinando sus posibilidades de recuperación. Mediante este abordaje multidisciplinario se establece un plan de tratamiento y el paciente inicia su asistencia al HDG. Sus progresos serán evaluados periódicamente (al menos mensualmente) en reuniones de todo el equipo en las que se diseña y revisa el plan de cuidados y en las que se programará el momento del alta. Durante el período de asistencia al HDG el paciente debe ser seguido por su médico de familia o médico de atención primaria, quien estará al corriente de los tratamientos y progresos realizados en el HDG.

Su médico mantiene la responsabilidad de atender al paciente fuera de las horas de asistencia al HDG. La familia debe estar en contacto con el HDG para su reeducación en el manejo del paciente y para que le estimulen en la realización de las actividades recuperadas. (5)

La frecuencia semanal de asistencia varía según los objetivos. La asistencia de muchos días a la semana puede ser muy fatigosa para el enfermo y puede merecer la pena un ingreso para rehabilitación, incluso desde el punto de vista económico. Una asistencia semanal baja (1 vez semanal) suele ser la frecuencia de los pacientes que acuden para mantenimiento o cuando esta próxima el alta según los estudios de coste-eficacia, la asistencia de dos días por semana es la más rentable. La mayoría de los pacientes que inicialmente acuden para rehabilitación intensiva, llega un momento, cuando alcanzan el máximo de recuperación funcional, que se convierten en muchos casos en asistencias para mantenimiento o descarga. Existe por ello un grupo de pacientes que son de “asistencia crónica” (hasta que se institucionalizan o fallecen), que acuden para mantenimiento y para descarga y que suponen entre un 10 y 25% de los pacientes que acuden a los HDG.

Para conocer la eficacia de un HDG lo primero que se debe hacer es objetivar la mejoría de paciente desde el punto de vista clínico y funcional y, si es posible, comprobar que esto disminuya la carga del cuidador. Para realizar esto es necesario el uso de instrumentos estandarizados para evaluar al paciente y la sobrecarga y satisfacción del cuidador.

Se han buscado varios parámetros que midan la actividad de los HDG, aunque ninguno de ellos es el ideal y además, igual de importante es dar una buena calidad de cuidados. El índice ocupacional si es muy alto a expensas de muchos pacientes que acuden a tratamientos poco activos y puede ser bajo en HDG con bajas asistencias y alta

renovación de pacientes. El “número total de pacientes nuevos al año” puede ser un índice de actividad, pero el período de estancia de los nuevos puede ser largo si el HDG es grande, ya que pueden reducir la frecuencia de asistencia de los nuevos y así prolongar sus estancias.

El “índice de pacientes nuevos corregido” se ideó para conocer la rotación de pacientes. Se calcula dividiendo el número de pacientes nuevos entre las asistencias totales del periodo analizado, multiplicado por 10, que es la constante de rehabilitación (los autores partieron de 10 sesiones como necesarias y suficientes para rehabilitar a los pacientes de HDG) Un resultado cercano a 0 indica poca actividad, y si se acerca a 1, indica alta rotación de pacientes.

Se puede calcular también con el porcentaje de los pacientes nuevos respecto al total o cuando se analizan periodos largos de tiempo, con el cociente de las altas respecto de todos los pacientes incluidos o como el cociente entre el número de pacientes nuevos y el número de plazas de ese HDG.

La “asistencia media total” (media del número total de asistencias por paciente) es el índice más usado para medir la actividad del HDG. Una asistencia media alta (más de 20 visitas) indica que un porcentaje elevado de pacientes acuden para mantenimiento o para descarga. Una asistencia media baja (8-10 visitas) indica una función rehabilitadora a corto plazo importante. Evaluar adecuadamente los HDG, no es tarea fácil. Hay que tener en cuenta no sólo aspectos económicos, sino medir la eficacia y los beneficios psicológicos y sociales para los pacientes y sus cuidadores. (6)

Al estudiar la eficiencia del HDG, los resultados serían más fiables si se consideraran por separado aquellos pacientes en los que cabe esperar mejoría (los que acuden para rehabilitación, intervención médica), de aquellos en los que la ausencia de deterioro o reducción de la carga del cuidador es el principal objetivo. (7)

El sistema sanitario también se beneficia en cierto modo de la existencia de los HDG ya que se reduce la estancia de los ancianos ingresados en los hospitales, favoreciendo el alta temprana sin perjuicio de su recuperación funcional, según algunos estudios aleatorizados, los HDG permiten ahorrar camas y disminuyen el uso de las consultas externas hospitalarias, igualmente, los pacientes que acuden a los HDG ingresan menos en residencias y hacen menor uso de otros servicios comunitarios. (8)

### **3. OBJETIVOS.**

#### **GENERAL:**

Determinar el perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **ESPECIFICOS:**

1. Determinar la frecuencia de género de los pacientes que acuden al hospital de día de geriatría.
2. Determinar el promedio de edad de los pacientes que acuden al hospital de día de geriatría
3. Determinar la frecuencia de presentación de comorbilidad y uso de medicamentos.
- 4 Determinar la frecuencia de presentación de síndromes geriátricos.
5. Determinar el estado funcional de los pacientes que acuden hospital de día de geriatría.
6. Determinar el estado cognitivo y la prevalencia de demencia en los pacientes que acuden hospital de día de geriatría.
7. Determinar la procedencia de los pacientes que acuden a hospital de día de geriatría.
8. Determinar el estado nutricional del paciente que acude a hospital de día.
9. Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes que acuden a hospital de día de geriatría.
10. Determinar la frecuencia del uso de dispositivos en los pacientes que acuden al hospital de día de geriatría.

#### **4. MATERIALES Y METODOS:**

##### **1. TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo y retrospectivo.

##### **2. SUJETOS DE ESTUDIO:**

Pacientes asegurados mayores de 60 años que acudían al Servicio de Geriatria, Unidad HDG del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, durante el periodo de agosto 2000 ha mayo 2003.

##### **3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

Paciente mayor de 60 años derivados previa VGI procedentes de hospitalización o consulta externa del HNGAI según los criterios establecidos.

##### **4. CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Pacientes que abandonaron HDG en los 3° meses.
- Historias clínicas incompletas.

##### **5. VARIABLES A ESTUDIAR:**

###### **5.1. Generales**

Edad, sexo, estado civil.

###### **5.2. Clínicas**

Comorbilidad, medicación habitual, síndromes geriátricos.

###### **Comorbilidad:**

Patologías clínicas agudas, crónicas o reagudizadas al momento del ingreso al HDG.

###### **Medicación habitual:**

Fármacos que tomaba habitualmente el paciente al momento del ingreso al HDG.

###### **Síndromes geriátricos:**



Incluido por: deterioro cognitivo, depresión, polifarmacia, inestabilidad y caídas, Incontinencia, inmovilidad, estreñimiento, insomnio, malnutrición y deterioro sensorial.

### 5.3. **Funcionales**

Grado funcional, uso de ayudas.

#### Grado funcional:

Se evaluó el grado funcional al ingreso al HDG con las siguientes escalas (ver descripción en anexos):

- Índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria.
- Escala de Lawton para las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Cruz Roja Funcional para el grado de incapacidad física.

#### Uso de ayudas:

Todo instrumento mecánico y / o prótesis tipo bastón, andador, silla de ruedas, sonda vesical, sonda naso gástrica, audífono, pañal, etc., que habitualmente usaba el paciente.

### 5.4. **Cognitivas**

Estado cognitivo, antecedente de demencia.

#### Estado cognitivo:

Calificado como: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado o deterioro cognitivo severo, determinado mediante la aplicación del test Mini examne Cognoscitivo de Lobo (ver descripción en anexos).

#### Demencia:

Considerado como diagnostico previo al ingreso del HDG, demencia vascular, Demencia por E. Alzheimer, mixta, u otras demencias.

### 5.5. **Socio familiar**

Procedencia, cuidador principal.

#### Procedencia:

Se considero si procedía de su casa a través de consulta externa de geriatría, de hospitalización de la unidad de cuidados geriátricos de agudos, o de otro servicio del hospital como traumatología, neurología, etc.

Cuidador principal:

Se considero cuidador principal a la persona responsable del paciente, con quien este vivía, se califico como: sin cuidador, el conyugue, el hijo(a), cuidador particular.

**6. METODOS:**

Revisión de todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad de HDG del Servicio de Geriatría, durante el periodo de estudio.

Fueron incluidos en el estudio luego de una evaluación inicial para descartar si hubiera algún criterio de exclusión.

Los datos fueron recogidos en una ficha de recolección elaborada para tal fin (ver anexos).

**7. ANÁLISIS DE DATOS:**

Los datos obtenidos fueron ingresados a un programa informático SPSS 12,0 para análisis de tipo descriptivo. Las diferencias entre variables cualitativas fueron obtenidas empleando la prueba de Ji-cuadrado y el test exacto de Fisher. Se considero un nivel de significancia del 95% para dichas comparaciones.

## **5. RESULTADOS:**

Ingresaron al estudio 160 pacientes, 90 mujeres (56,2%) y 70 varones (43,8 %) con una relación mujer a varón de 1,2. El promedio de edad fue 76,8 años (rango: 67-91, DE: 5,5), siendo más frecuente el grupo etáreo de 71 a 80 años (52,5%) No hubo diferencias significativas en la distribución por sexo y grupo etáreo.

El grupo de casados y viudos fueron los más frecuentes con 54,3% y 31,2% respectivamente. Hubo más mujeres casadas (52,2%) y más mujeres viudas (30%) (Tab. N° 1)

El 53,8% de los pacientes procedían de la UGA, el 35% procedían de C. Ext. del servicio de Geriatria y solamente el 11,3 procedían de otros servicios del hospital, como traumatología. El motivo de referencia principal fue la VGI 57,5% (Tab. N° 2)

El 67,5% tenían apoyo social bueno, es decir vivían en el seno de una familia amplia que podía incluir al cónyuge, hijos, nietos y otros familiares, el 32,5% tenían apoyo social regular y correspondía a aquellos que vivían solo con su cónyuge o con un cuidador. Y un 0% vivían solos, que correspondía a un apoyo social malo. (Tab. N° 3)

El 97,5% (156 pacientes) tuvo una o más comorbilidades al ingreso al hospital de día, más común los mayores de 80 años (100%). De manera global la mayoría tenía 1 a 3 Dx (72,5%) lo cual se repitió en los tres grupos etáreos. (Tab. N° 4)

Los tipos de comorbilidad más frecuentes fueron: cardiovasculares (96,1%), reumatológicas (96,1%), neurológicas (55,1%), endocrinológicas (47,4%) y digestivas (16,6%).

La HTA y la osteoartrosis fueron las enfermedades más frecuente (66,3% y 64,1%). Tuvieron antecedente de demencia el 25,6%, de DCV previo el 24,3% y de E. Parkinson el 5 % (Tab. N° 5)

El 98,7% de los pacientes (n = 158) consumían uno o más medicamentos, durante el estudio. De ellos 1 a 3 medicamentos consumían el 50%, 3 a 5 medicamentos el 38,8% y más de 5 medicamentos el 10%. El grupo etáreo de 71 - 80 años fue el que tuvo 2 pacientes que no consumían ningún tipo de medicación (2,3%) y el grupo etáreo de mayor de 80 años, fue el que tuvo mayor consumo de 5 medicamentos (17,3%) (Tab. N° 6).

Los tipos de medicamentos más comunes fueron: Antihipertensivos (70%), analgésicos que incluía el paracetamol (60,7%), AINES (43,8%), laxantes (40,5%) y ansiolíticos /antidepresivos (31,6%). Usaban antipsicóticos el 11,3% y sólo un 5% consumían antiparkinsonianos. (Tab. N° 7).

El 92,6% (148 pacientes) presentaban uno o más síndromes geriátricos, durante el estudio. De ellos tuvieron >5 síndromes geriátricos el 36,2% de los pacientes, 3 a 5 síndromes geriátricos el 23,7% y de 1 a 3 síndromes el 32,5%. Hubo diferencias significativas por grupos etáreos, siendo más frecuente en mayores de 80 años ( $p=0.006$ ). (Tab. N° 8)

Los síndromes más frecuentes fueron: trastorno de la marcha (56,3), deprivación sensorial auditiva (53,8%), deprivación sensorial visual (48,8%), estreñimiento (42,5%), deterioro cognitivo (41,3 %), trastorno del sueño (41,2%) y depresión (38,8 %). La polifarmacia y el síndrome de caídas estuvieron presentes en el 26,3%, ningún paciente presentó inmovilidad ni escaras, pero un 35% presentaron desacondicionamiento. (Tab. N° 9).

Respecto al estado funcional para actividades básicas de vida diaria, según el índice de Katz, eran independientes el 40% (A), con algún grado de dependencia parcial el 60 % (32,5 % B, 6,3 % C , 10 % D y 11,3% E ), ninguno era dependiente total. (Tab. N° 10).

En relación al género y estado funcional, índice de Katz, mujeres y hombres fueron independientes (A) en igual porcentaje (20% / 20%), tuvieron mayor porcentaje de dependencia parcial (B, C, D, E ) las mujeres respecto a los hombres (36,3%/ 23,9%). (Tab. N° 11)

Los grupos etáreos respecto al estado funcional, índice de Katz, mayor porcentaje de dependencia parcial (B, C, D, E) se encontró en los grupos etáreos de 71- 80 y mayores de 80 años (25 % / 23,75%). (Tab. N° 12)

Respecto a actividades instrumentales de vida diaria, según la escala de Lawton, al ingreso al hospital de día 58 pacientes eran independientes correspondiendo al 36,3%, 48 pacientes tenían algún grado de dependencia parcial correspondía al 27,5% y fueron dependientes totales 58 pacientes correspondiendo a 36,3 %. (Tab. N° 13)

En relación al género y actividades instrumentales de vida diaria hubo mayor independencia en las mujeres 40% (n= 36) y mayor dependencia en el género masculino 40% (n= 28). (Tab. N° 14)

Relacionando actividades instrumentales de la vida diaria y grupos etáreos, hubo diferencias significativas por grupos etáreos habiendo más dependencia (65,21%) en los mayores de 80 años. (Tab. N° 15)

Con relación al grado de incapacidad física, según la escala de la Cruz Roja, al ingreso al Hospital de Día, 40% tenían algunas dificultades (n= 64), 33.8% necesitaban ayuda ocasional (n = 54) y 26.3% requerían ayuda frecuente (n = 42), ninguno era postrado. (Tab. N° 16)

Respecto al estado de equilibrio y marcha según la escala de Tinetti al ingreso al Hospital de Día, se encontró que tenían el equilibrio alterado un 61.3% correspondiendo a 98 pacientes, 45% tenían alteración en la marcha (n= 72) y 71,3% riesgo de caídas (n=114).

El 53.8% tenía algún grado de deterioro auditivo y el 48.85% algún grado de deterioro visual. En ambos casos el deterioro fue significativamente mayor en el grupo etáreo de 70-80. (Tab. N° 17)

En relación a los hábitos nocivos al ingreso al Hospital de Día, sólo 10% consumían alcohol, 7.5% consumían tabaco y 3.8% se auto medicaban. (Tab. N° 18)

En relación a las características cognitivas y emocionales de los pacientes estudiados, según el test del Mini examen Cognoscitivo de Lobo, 78 pacientes no tuvieron deterioro cognitivo esto fue un 48.8%, a 50 pacientes se les encontró deterioro cognitivo leve correspondía a un 31.3% y tuvieron deterioro cognitivo moderado y severo 32 pacientes es decir un 20%.

Al relacionar grupo etáreo con deterioro cognitivo se encontró en el grupo etáreo de 60 a 70 años 40% ( n= 12) de deterioro cognitivo leve y 20% (n= 6) de deterioro cognitivo moderado; en el grupo etáreo de 71 a 80 años 30,95% ( n= 26) tenían deterioro cognitivo leve, 4.76% (n= 4) tenían deterioro cognitivo moderado y 7,14 (n= 6) deterioro cognitivo severo; en los mayores de 80 años 26% Deterioro cognitivo leve, 26% deterioro cognitivo moderado y 7,14 % deterioro cognitivo severo. (Tab. N° 19)

Relacionando deterioro cognitivo según Lobo y Genero se encontró que 44% de los que tenían deterioro cognitivo leve eran hombres y 56% mujeres, que 45% de los que tenían deterioro cognitivo moderado eran hombres y 55% mujeres y 40% de los que tenían deterioro cognitivo severo fueron hombres y 60% mujeres. (Tab. N° 20)

Según la escala de depresión de Yesavage, no tuvieron depresión al ingreso 90 pacientes; tenían depresión leve-moderada 40 pacientes y, tenían depresión severa 18.8% que correspondía a 30 pacientes. (Tab. N° 21)

Al relacionar grupo etáreo con los que tenían algún tipo de depresión según Yesavage se encontró que: en el grupo etáreo de 60 a 70 años, 33,33% tenían depresión leve-moderada y 20% depresión severa; en el grupo etáreo de 71 a 80 años, 24% tenían depresión leve-moderada y 19% depresión severa y en el grupo etáreo de mayores de 80 años 22% tuvieron depresión leve-moderada y 17,39% depresión severa. (Tab. N° 22)

Al relacionar género y algún grado de depresión según Yesavage se encontró que 45% de los hombres y 55% de las mujeres tenían depresión leve – moderada; 46% de los hombres y 53% de las mujeres tuvieron depresión severa. (Tab. N° 23)

Relacionando deterioro cognitivo según Lobo y depresión según Yesavage se encontró que: de los que presentaban deterioro cognitivo leve 20% tenían depresión leve-moderada y 16% depresión severa; de los que presentaban deterioro cognitivo moderado 18% tenían depresión leve-moderada y 36% tenían depresión severa y de los que tuvieron deterioro cognitivo severo 40% tenían depresión severa. (Tab. N° 24)

Para deambular el 16.3 % usaba bastón, 7.5% usaban andador y 5% silla de ruedas.

No hubo ningún paciente que usara audífono, ninguno con sonda vesical y ningún paciente con SNG en el periodo de estudio. Además 26.3% de los pacientes necesitaban usar pañal y 10% usaban anteojos. (Tab. N° 25)

En relación al estado nutricional se valoró que 32.5% tenían riesgo alto de desnutrición y 67.5% riesgo bajo de desnutrición. (Tab. N° 26)

## **6. DISCUSIÓN:**

El Hospital de Día de Geriátría es un nivel asistencial que actúa de unión, de nexo entre el hospital y la comunidad. Como se sabe los objetivos principales son de rehabilitación, recuperación de la capacidad funcional, valoración geriátrica integral, cuidados médicos, cuidados de enfermería e incluso apoyo social. Es decir en el Hospital de Día de Geriátría se proporcionara una valoración multidisciplinar y tratamiento integral en régimen diurno al paciente anciano que vive en la comunidad.

El perfil de los pacientes candidatos al HDG es muy variado. En general son pacientes geriátricos que viviendo en sus domicilio precisan de cuidados hospitalarios durante parte del día, supervisión temporal medica y/o enfermería especializada, con el fin de mejorar clínica y funcionalmente. (9)

En este estudio la edad media de los pacientes que acudían al Hospital de Día de Geriátría del HNGAI fue de 76.8 y correspondió la mayoría al genero femenino, estos datos son parecidos a la de los pacientes que acuden a los hospitales de día británicos donde la edad media oscila entre 75 y 85, siendo también el mayor porcentaje mujeres, esto es lógico debido a que cuanto más envejecido es el grupo de pacientes es mayor el porcentaje de mujeres.

Los motivos de asistencia al HDG en el HNGAI, fueron similares a los referidos en la literatura ya que están basados en los objetivos del Hospital de Día Geriátrico. Siendo el motivo principal de asistencia la rehabilitación y VGI. (10)

No se encontró en el período de estudio pacientes que acudieran al HDG por motivo social lo cual es positivo, reflejándose en que la mayoría de los pacientes estudiados tenían buen apoyo social, éstas características deberían llevar a obtener mejores indicadores de actividad, incluyendo estancias cortas y disminuyendo así las elevadas estancias largas que suelen ser un inconveniente en los HDG.

La procedencia de los pacientes fue la hospitalaria coincidiendo con la literatura, es importante resaltar que si bien la procedencia es hospitalaria todos fueron de la unidad de geriatría de agudos, ninguno procedía de un servicio diferente al de geriatría,



ninguno procedía de consulta externa ni de atención domiciliaria (este nivel asistencial aun no existe), pero tampoco de atención primaria lo que corresponde a los centros de salud o postas; habiendo en este punto diferencias con los estudios realizados en Gran Bretaña y España donde un buen número de pacientes que acuden al Hospital de Día proceden también derivados del medico de familia que en nuestro caso correspondería a atención primaria y de atención en domicilio nivel asistencial que aún no tenemos. (11)

Si los pacientes del HDG proceden de área hospitalaria más aun de la UGA es positivo y debería conducir a una significativa y positiva rotación de pacientes, a una elevada rotación de pacientes, a una asistencia semanal baja y a una asistencia media total baja.

Esto se explica porque en teoría los pacientes que proceden del hospital/UGA ya han sido valorados y van al hospital de día principalmente para continuar la rehabilitación que es el motivo que crea estancias cortas.

Los pacientes que proceden de atención primaria y/o domicilio acuden frecuentemente pendientes de valorar y después rehabilitar, siendo este proceso más laboriosos y complejo y puede generar estancias más largas e incluso fracasos terapéuticos.

Esto no quiere decir que se debería rechazar los pacientes que vienen de atención primaria y/o domicilio porque uno de los objetivos de los Hospitales de Día es evitar ingresos y reingresos hospitalarios no sólo por el ahorro económico que esto implica sino por el propio beneficio del paciente anciano.

En el estudio se encontró que las patologías más frecuentes de los pacientes que acuden al HDG fueron las cardiovasculares y osteoarticular, esto dista un poco de la literatura que dice que los diagnósticos principales son los accidentes cerebro vasculares y patologías osteoarticulares, además la prevalencia de diagnóstico previo de demencia fue bastante alta (25,6%) a diferencia de lo encontrado en los Hospitales de Día Españoles que es un 15% y a la de los Hospitales de Día Británicos que es un 4% mucho más bajo, aquí se debe a la existencia de hospitales de día de psicogeriatría.

En relación a la poli medicación, se encontró que solo un 10% consumía más de 5 fármacos y coincidiendo con la literatura el mayor consumo de medicamentos correspondió al grupo etáreo de mayor de 80 años. (12)

Como sabemos a mayor edad se asocia un aumento de enfermedades, los ancianos en particular los mayores de 75 años presentan mayor prevalencia de patologías múltiples, en estudio se encontró efectivamente relación entre mayor numero de comorbilidades y mayor edad, el 100% de los pacientes estudiados mayores de 80 años tenían más de 3 comorbilidades. (13)

Las causas más frecuentes de incapacidad y/o dependencia en los pacientes ancianos vienen dadas por inmovilización, demencia, delirio, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, malnutrición, insomnio, caídas, depresión, estreñimiento, úlceras de presión, polifarmacia y déficit sensorial. Estas causas de incapacidad son también llamadas en la literatura médica síndromes geriátricos, frecuentes altamente en el grupo de ancianos frágiles y casi siempre son los desencadenantes del deterioro funcional y la dependencia. (14) En este estudio se ha podido evidenciar la alta prevalencia de los síndromes geriátricos en los pacientes ancianos 92,6% siendo más prevalente en los mayores de 80 años, como lo describe la literatura. (15)

Hace más de 4 décadas la OMS afirmó: “La salud en el anciano como mejor se mide, es en términos de valoración funcional”. Entendiéndose como valoración funcional al proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

En este estudio en relación a la valoración funcional para las ABVD según Katz, (16) se encontró que el 60% de los pacientes que acudían al hospital de día tenían algún grado de dependencia parcial, siendo más frecuente en las mujeres y en los grupos etáreos de 71-80 años y en los mayores de 80 años.

Sabemos que la edad por si sola no es una causa de disfunción, a pesar que la prevalencia de dependencia en las actividades de la vida diaria y la disminución de la función aumenta con la edad. (17)

Sin embargo según la literatura el número de ancianos que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria se duplica con cada década hasta la edad de los 84 años, triplicándose entre 85 y 94 años. En las personas mayores de 75 años, la restricción de su actividad es dos veces más común que entre las personas de 45 - 64 años. (18)

La prevalencia de la dependencia de los ancianos que viven en sus domicilios en las AIVD aumenta también con la edad, siendo entre 65-69 años de un 10%, entre 75-79 años de un 20%, entre 80-89 años de un 30%.

Se encontró en este estudio según la escala de Lawton una dependencia para las AIVD del 36,3% siendo la prevalencia de mayor independencia en el género femenino 40%. También como es de esperar se encontró mayor dependencia en las AIVD para el grupo etáreo mayor de 80 años. (19)

Se conoce que el deterioro cognitivo y/o demencia es una enfermedad ligada a la edad, por lo que uno de los factores que ha contribuido a incrementar su incidencia y prevalencia en las últimas décadas se deriva del envejecimiento progresivo de la población. (20). En este estudio se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo moderado y severo del 20% y deterioro cognitivo leve del 31,3% según la escala de Mini examen Cognoscitivo de Lobo. Además se encontró mayor prevalencia de deterioro cognitivo moderado 22% en el grupo etáreo de mayor edad (mayores de 80 años) y se encontró mayor prevalencia de deterioro cognitivo leve 31% en el grupo etáreo intermedio (de 71-80 años); esto coincide con la literatura que demuestran que las tasas de prevalencia de deterioro cognitivo se incrementan con la edad. (21)

Se encontró en la investigación que, son las mujeres las que mayor prevalencia de deterioro cognitivo tuvieron, esto podría estar en relación a que las mujeres viven más. Así mismo, se corroboró en el estudio que, los pacientes que presentaban algún tipo de deterioro cognitivo tenían mayor prevalencia de depresión. (22)

Como se conoce dentro de los trastornos afectivos es la depresión el trastorno mental con mayor prevalencia en los ancianos, la literatura refiere que hasta un 30% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad pueden padecer alguna vez sintomatología depresiva; en este estudio se encontró una prevalencia de 44% según la

escala de Yesavage que incluyo depresión leve-moderada y severa. Y fue el genero femenino el más afectado. (23)

Como vemos se ha encontrado una prevalencia alta de depresión en los pacientes de estudio, probablemente debido a que la depresión en el anciano va relacionado a mayor comorbilidad, a la disminución de las funciones cognitivas, funcionales y a la presencia de acontecimientos vitales adversos, entre otros factores. (24)

Finalmente en relación al tipo de ortesicos /ayudas, lo que me usaban los pacientes del estudio fue bastón y pañales. (25)

## **7. CONCLUSIONES:**

- 7.1. La edad promedio de los pacientes fue 76.8; con predominio del sexo femenino y con estado civil predominante de mujeres casadas.
- 7.2. El mayor porcentaje de pacientes que acudían al Hospital de Día fueron de la Unidad Geriátrica de Agudos y la mayoría de los pacientes tuvieron buen apoyo social.
- 7.4. Los pacientes mayores de 80 años tuvieron más comorbilidades, más dependencia en las AIVD, más consumo de medicamentos al día y fueron los que tuvieron más síndromes geriátricos.
- 7.5. Las comorbilidades más frecuentes fueron las cardiovasculares y reumatológicas (HTA y osteoartrosis), siendo el consumo más alto de medicación antihipertensivos y analgésicos. La mayoría de los pacientes tuvieron al menos un síndrome geriátrico.
- 7.6. Existió algún grado de dependencia parcial en la mayoría de los pacientes y se encontró que a mayor edad mayor dependencia en las ABVD.
- 7.7. La mayoría de los pacientes tenían alteración en equilibrio y la marcha; fue el trastorno de la marcha el síndrome geriátrico más frecuente. Existió alta prevalencia del uso de bastón entre los pacientes estudiados.
- 7.8. Existió elevada prevalencia de deterioro sensorial, siendo mayor el auditivo, a pesar de la alta prevalencia de deterioro auditivo ningún paciente en el periodo de estudio usaba audífono.
- 7.9. Se encontró baja prevalencia de hábitos nocivos en los pacientes que acuden al hospital de día.

7.10. Los pacientes ancianos estudiados tenían alta prevalencia de depresión y algún grado de deterioro cognitivo.

7.11. La Valoración Geriátrica Integral sigue siendo el instrumento más valioso para el proceso diagnóstico multidimensional de los pacientes que acuden al HDG.

## **8. RECOMENDACION:**

- 8.1. Se requiere creación de otros Hospitales de Día dentro de los servicios de Geriatria en los diversos hospitales del país.
- 8.2. Se requiere mayor difusión de la especialidad de Geriatria incluyendo la difusión de sus niveles de atención, debemos darlo a conocer dentro del mismo hospital y en la comunidad donde esta nuestro hospital, con el objetivo de que la procedencia de los pacientes al HDG sean de otros servicios hospitalarios diferente al de Geriatria y que también procedan de centros de salud / postas de la comunidad.
- 8.3. Se requiere otros tipos de estudios en los Hospitales de Día de Geriatria que no sólo sean descriptivos, epidemiológicos, si no estudios que valoren eficacia, eficiencia, costos, estancias, cronicidad, cumplimiento de objetivos, indicadores de actividad, asistencia media por semana, asistencia media total, frecuencia de información al familiar, colaboración del familiar etc.

## **9. BIBLIOGRAFÍA:**

1. **Fernando Perlado.** *Teoría y Practica de la Geriatria.* Madrid : s.n., 1995.
2. *Valoracion geriatica vision desde el Hospital de Dia.* **Gomez., Benito J.fonoteca.** 13, s.l. : Rev Mult Gerontol, 2005.
3. **Raymond Tallis, Howard Fillit, J C Brocklehurst.** *Brocklehurst's Geriatria.* 2005.
4. *Niveles de adecuacion de los recuros geriaticos en los hospitales generales españoles.* **Ruiperez I,Midon J,Gomez-Pavon J,y cols.** 38, Madrid : Rev Esp Geriatr, 2003.
5. **Francisco Guillén Llera, Isidoro Ruipérez Cantera.** *Manual de Geriatria.* Madrid : s.n., 2002.
6. *Hospitales de dia geriaticos en España:un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento.* **Hornillos Calvo, Maria Mercedes.** s.l. : Biblioteca Universidad Complutense., 2002.
7. *Analisis del funcionamiento de un hospital de dia geriatico:Eficiencia y Eficacia.* **J, Santamaria Ortiz.** 29(4):211-214, Madrid : Revista Española de Geriatria y Gerontologia., 1994.
8. **Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia.** *Tratado de Geriatria para residentes.* Madrid : s.n., 2007.
9. **w., Hazzard.** *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology.* New York : Mc Graw Hill, 1999.
10. *Valoracion Geriatica:Utilidad Predictiva En El Estudio y Seguimiento del Paciente Geriatico Hospitalizado.* **Alarcon Alarcon, Mª Teresa.** Madrid. : Biblioteca Universidad Complutense., 1996.
11. **col., Manuel Ribera Casado y.** *Atencion al Anciano en el Medio Sanitario SA.* Madrid : Editores Medicos S.A., 2000.
12. *Promocion de la Salud,personas mayores: El anciano fragil.Deteccion,prevencion e intervencion en situaciones de debilidad y deterioro de su salud.* **Javier., Gomez Pavon.** Madrid : Instituto Salud Publica , 2003.
13. *Geriatria XXI.Analisis de las necesidades y recursos en la atencion a las personas mayores en España.* **Gerontologia., Sociedad Española de Geriatria y.** s.l. : Editores Medicos., 2000.



14. *Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional.* **Luis., Varela Pinedo.** Peru. : Revista Medica Herediana., 2000, Vol. 16.
15. **J.L.Gonzalez Montalvo y T.Alarcon.** *Grandes sindromes geriatricos.Concepto y Prevencion de los mas importantes.* s.l. : Medicine, 2003,8(108).
16. *Studies of Illness in the Aged.The Index of ADL:A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Foundation.* **Sidney., Katz.** s.l. : JAMA, 1963.
17. *Coping with activities of daily living in diffefferents care settings.* **Pia Lavkkanen, Pertti Karppi.** s.l. : Age and Ageing., 2001, Vol. 30.
18. **Pilar Durante Molina.Pilar Pedro Tarres.** *Terapia Ocupacional en Geriatria:Principios y practica.* Madrid : s.n., 1998.
19. *Valoracion Geriatrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional.* **Pinedo, Varela y Jimeno., Chavez.** Peru. : s.n., 2004, Vol. 43.
20. *Consenso Español Sobre Demencias.* **Carrasco., Manuel Martin.** Madrid : Sociedad Española de Psicogeriatria., 2005.
21. *Caracterizacion clinica de pacientes con deterioro cognitivo.* **Gomez Viera N, Bonnin Rodriguez B.** Cuba : Rev Cubana Med, 2003, Vol. 42.
22. *Depresion,deterioro cognitivo y demencia:unas relaciones polemicas.* **Sanchez Ayala, I.** 34, Madrid : Rev Esp Geriatr Gerontol, 1999.
23. *La depresion como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores.* **Zunzunegui,M.V;Beland,F.** 34, Madrid : s.n., 1999.
24. *Afectos y depresion en la tercera edad.* **Alcala, Visitacion.** 1, s.l. : psicoterma, 2007, Vol. 19.
25. *Vejez saludable e incapacidad funcional en la poblacion anciana de Canarias.* **Lafuente, Basilio J.Ania.** España. : Rev Esp Salud Publica, 1997.

## 9. ANEXOS:

### ANEXO 1. TABLAS:

**Tabla No. 01**

*Características generales de los pacientes estudiados.*

	<b>Masculin o</b>		<b>Femenin o</b>		<b>Total</b>	
	<b>N=70</b>		<b>N=90</b>		<b>N= 160</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Edad</i></b>						
Edad Promedio	77,4		76,4		76,8	
Edad mínima	68		67		67	
Edad máxima	90		91		91	
Desviación estándar	5,7		5,4		5,59	
<b><i>Grupos etáreos</i></b>						
60-70	12		18		30	18,8
70-80	34		50		84	52,5
>80	24		22		46	28,8
<b><i>Estado Civil</i></b>						
Casado	40	57.1	47	52.2	87	54,3
Viudo	23	32.8	27	30	50	31,2
Soltero	7	10	16	17.7	23	14,3

**Tabla No. 02**

*Procedencia al Hospital de Día de Geriatría.  
HNGAI. EsSalud. Agosto 2000 a Mayo 2003.*

<b>Procedencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
UGA	86	53.8
C Externo	56	35
Otros	18	11.3

**Tabla No. 03**

*Valoración Social*

<b>Apoyo</b>	<b>N</b>	<b>% *</b>
--------------	----------	------------

<b>Social</b>		
Bueno	108	67,5 %
Regular	52	32,5 %
Malo	0	0 %
Total	160	100 %

\*Porcentaje respecto al total de la muestra estudiada (n=160)

**Tabla No. 04**

***Comorbilidades por grupo etáreo, en los pacientes que acuden al Hospital de día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	60-70 años		71-80 años		>80 años		Total	
	N= 30		N= 84		N= 46		N= 160	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 diagnostico	2	6,6	2	2,3	0	0	4	2,5
1-3 diagnósticos	16	53,3	70	83,3	30	65,2	116	72,5
3-5 diagnósticos	6	20	6	7,1	14	30,4	26	16,25
>5 diagnósticos	6	20	6	7,1	2	4,3	14	8,75

**Tabla No. 05**

***Tipo de comorbilidades en los pacientes que acuden al Hospital de día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	Nº	% *	%**
Cardiovasculares	150	96,1	93,7
-HTA	106	67,9	66,3
-CCI	24	15,3	15,0
-ICC	20	12,8	12,5
Neurológicas	86	55,1	53,7
-Demencias	40	25,6	25
-DCV previo	38	24,3	23,8
-Enf.parkinson	8	5	5
Reumatológicas	150	96,1	93,7
-Osteoartrosis	100	64,1	62,5
-Osteoporosis	50	32,0	31,2

Respiratorias	6	3,8	3,8
-EPOC	6	3,8	3,8
Endocrinológicas	74	47,4	46,2
-Dislipidemia	44	28,2	27,5
-Diabetes tipo2	28	17,9	17,5
-Hipotiroidismo	2	1,2	1,3
Digestivas	26	16,6	16,2
-Enf. ácido péptica	24	15,3	15
-Cirrosis hepática	2	1,2	1,3
Fractura de Cadera	8	5	5
Insuficiencia Renal	2	1,2	1,3
Otros	8	5,1	5,1

\* Porcentaje respecto al número de pacientes que tuvo comorbilidades (n=156)

\* \* Porcentaje respecto al total de la muestra estudiada (n=160)

**Tabla No. 06**  
***Medicación habitual por grupo etáreo en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría.***  
***HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	60-70 años		71-80 años		>80 años		Total	
	N= 30		N= 84		N= 46		N= 160	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 medicamento	0	0	2	2,3	0	0	2	1.3
1-3 medicamentos	10	33,3	50	59,5	20	43,4	80	50.0
3-5 medicamentos	18	60	26	30,9	18	39,1	62	38.8
>5 medicamentos	2	6,7	6	7,14	8	17,3	16	10.0

**Tabla No. 07**

***Tipo de Medicación habitual en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	N°	% *	%**
Antihipertensivos	112	70	70
Antiarrítmicos	38	24	23,8
Antipsicóticos	18	11,3	11,3
Antidepresivos/Ansiolíticos	50	31,6	31,3
Antiulcerosos	38	24,0	23,8
AINES	70	44,3	43,8
Otros Analgésicos	96	60,7	60
Antiparkinsonianos	8	5	5
Laxantes	64	40,5	40
Otros	34	21,5	21,3

\* Porcentaje respecto al numero de pacientes con medicación habitual (n=158)

\*\* Porcentaje respecto al total de la muestra estudiada (n=160)

**Tabla No. 08**

***Síndromes geriátricos por grupo etareo, en pacientes ancianos, que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	60-70 años		71-80 años		>80 años		Total	
	N= 30		N= 84		N= 46		N= 160	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 síndrome	4	13,3	6	7,1	2	4,3	12	7,5
1-3 síndromes	4	13,3	36	42,8	12	26	52	32,5
3-5 síndromes	8	26,6	14	16,6	16	34,7	38	23,7
>5 síndromes	14	46,6	28	33,3	16	34,7	58	36,2

**Tabla No. 09**

***Síndromes geriátricos en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	N	%
Incontinencia Urinaria	60	37,5
Incontinencia Fecal	4	2,5
Inmovilidad	0	0
Caídas	42	26,3
Trastorno de Marcha	90	56,3
Deterioro Cognitivo	66	41,3
Depresión	62	38,8
Delirio	20	12,5
Polifarmacia	42	26,3
Escaras	0	0
Deprivación sensorial auditiva	86	53,8
Deprivación sensorial visual	78	48,8
Estreñimiento	68	42,5
Trastorno del sueño	61	41,2
Desacondicionamiento	56	35

**Tabla No. 10**

***Grado Funcional según el I. Katz en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

KATZ	N	%
A	64	40
B	52	32,5
C	10	6,3
D	16	10
E	18	11,3
F	0	0
G	0	0
Total	160	100

**Tabla No. 11**

***Género y Grado Funcional según el I. Katz en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	Masculino		Femenino	
	N = 70		N= 90	
	N	%	N	%
A	32	20	32	20
B	22	13,8	30	18,8
C	2	1,3	8	5
D	8	5	8	5
E	6	3,8	12	7,5
F	0	0	0	0
G	0	0	0	0

**Tabla No. 12**

***Grupo etáreo y Grado Funcional según el I. Katz en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	60-70 años		71-80 años		> 80 años		Total	
	N= 30		N= 84		N= 46		N= 160	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A	12	7,5	44	27,5	8	5	64	40
B	8	5	20	12,5	24	15	52	32,5
C	2	1,3	6	3,8	2	1,3	10	6,3

D	2	1,3	6	3,8	8	5	16	10
E	6	3,8	8	5	4	2,5	18	11,3
F	0	0	0	0	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0	0	0	0

**Tabla No. 13**

***Grado Funcional según la Escala de Lawton, en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría .HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	N	%
Dependiente Total:0-3	58	36,3
Dependiente Parcial:4-6	48	27,5
Independiente:7-8	58	36,3
Total	160	100

**Tabla No. 14**

***Grado Funcional según la Escala de Lawton y género, en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría.HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	Masculino		Femenino	
	N = 70		N= 90	
	N	%	N	%
Dependiente Total : 0-3	28	40	30	33.3
Dependiente Parcial : 4-6	20	28,6	24	26.6
Independiente : 7-8	22	31,4	36	40
Total	70	100	90	100



**Tabla No. 15**

***Grado Funcional según la Escala de Lawton y grupo etareo, en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría.HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003***

	60-70 años		71-80 años		> 80 años		Total	
	N= 30		N= 84		N= 46		N= 160	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dependiente Total : 0-3	14	46.66	22	26.19	22	47.82	58	36.25
Dependiente Parcial : 4-6	6	20	30	35.71	8	17.39	44	27.5
Independiente : 7-8	10	33.33	32	38.09	16	34.78	58	36.25
Total	30	100	84	100	46	100	160	100

**Tabla No. 16**

***Grado funcional según la Escala de la Cruz Roja Funcional En pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día De Geriatría.  
HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

<b>Cruz Roja Internacional</b>	N	%
Algunas dificultades	64	40
Ayuda ocasional	54	33.8
Ayuda frecuente	42	26.3
Total	160	100

**Tabla No. 17**

***Estado de equilibrio/marcha y sensorial en pacientes***

***Ancianos Que acuden al Hospital de Día de Geriatría.  
HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

<b>Tinetti</b>	N=160	% = 100
Equilibrio		
Normal	62	38.8
Alteración	98	61.3
Marcha		
Normal	88	55
Alteración	72	45
Riesgo de caídas		
Normal	46	28.8
Alteración	114	71.3
<b>Estado sensorial</b>	N=160	% = 100
Deprivación auditivo		
Normal	74	46.3
Alteración	86	53.8
Deprivación visual		
Normal	82	51.3
Alteración	78	48.8

**Tabla No. 18**

***Hábitos Nocivos en pacientes ancianos  
Que acuden al Hospital de Día de Geriatría.  
HNGAI Agosto 2000 a Enero 2003.***

<b>Hábitos nocivos</b>	N	%
Alcohol	16	10
Tabaquismo	12	7.5
Automedicación	6	3.8

**Tabla No. 19**

***Características cognitivas, emocionales en pacientes  
Ancianos Que acuden al Hospital de Día de Geriatria.  
HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

<b>Característica</b>	<b>N=160</b>	<b>%</b>
<b>Síndrome depresivo</b>		
Escala de Yesavage		
Normal	90	56.3
Leve-moderado	40	25.0
Severo	30	18.8
<b>Estado cognitivo</b>		
Escala de LOBO		
Normal	78	48.8
Det. Cog. Leve	50	31.3
Det. Cog. Mod.	22	13.8
Det. Cog. Sev.	10	6.3

**Tabla No. 20**

***Relación entre Grupo etáreo y Mini examen cognoscitivo de Lobo.  
En pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatria.  
HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

Grupo Etáreo	60-70 años	71-80 años	>80 años	Total
	N= 30	N= 84	N= 46	N= 160

LOBO	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	12	40	48	57.14	18	39.13	78	48.75
Deterioro Cognitivo Leve	12	40	26	30.95	12	26.0	50	31.25
Deterioro Cognitivo Moderado	6	20	4	4.76	12	26.0	22	13.75
Deterioro Cognitivo Severo	0	0	6	7.14	4	8.69	10	6.25

**Tabla No. 21**

***Relación entre Género y Mini examen cognoscitivo de Lobo.***

***En pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría.***

***HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

<div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg);"> Lobo Género </div>	Normal		Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		Deterioro Cognitivo Severo	
	N= 78		N= 50		N= 22		N= 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%

Masculino	34	43.58	22	44	10	45.45	4	40
Femenino	44	56.40	28	56	12	54.54	6	60

**Tabla No. 22**

***Relación entre Grupo etareo y Escala de Depresión Yesavage, en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

<div> <div>Grupo etáreo</div> <div>Yesavage</div> </div>	60 a70		71 a 80		Mayores de 80	
	N= 30		N= 84		N= 46	
	N	%	N	%	N	%
Normal	14	46.6	48	57.14	28	60.86
Leve-moderado	10	33.3	20	23.80	10	21.73
Severo	6	20	16	19.04	8	17.39

**Tabla No. 23**

***Relación entre Género y Escala de Depresión Yesavage, en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

<div> <div>Yesavage</div> </div>	Normal	Leve-moderado	Severo
----------------------------------	--------	---------------	--------

Género	N= 90		N= 40		N= 30	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	38	42.22	18	45	14	46.66
Femenino	52	57.77	22	55	16	53.33

**Tabla No. 24**

***Relación entre Mini examen cognoscitivo de Lobo y Escala de Depresión Yesavage, en pacientes ancianos que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

Lobo Yesavage	Normal		Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		Deterioro Cognitivo Severo	
	N= 78		N= 50		N= 22		N= 10	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	42	53.84	32	64	10	45.45	6	60
Leve-moderado	26	33.33	10	20	4	18.18	0	0
Severo	10	12.82	8	16	8	36.36	4	40

**Tabla No. 25**

***Uso de dispositivos ortesicos/ayudas en pacientes ancianos Que acuden al Hospital de Día de Geriatría. HNGAI. Agosto 2000 a Enero 2003.***

Uso	N	%
Bastón	26	16.3
Andador	12	7.5
Silla de ruedas	8	5
Pañales	42	26.3
Anteojos	16	10
Audífonos	0	0
Sonda Foley	0	0
SNG	0	0

**Tabla No. 26**

*Evaluación nutricional de los pacientes ancianos  
Estudiados que acuden al Hospital de Día de Geriátría.  
HNGAI, Agosto 2000 a Enero 2003.*

Estado nutricional	N	%
Riesgo bajo	108	67.5
Riesgo alto	52	32.5

## **ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:**

Ficha Nº:

Fecha de Ingreso:

Fecha de Alta:

Procedencia: UGA..... C. EXTERNO.....OTROS.....

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Motivo de Referencia:

Motivo de Alta:

Destino de Alta:

## **COMORBILIDAD**

<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA	<input type="checkbox"/> NEOPLASIA
<input type="checkbox"/> CCI	<input type="checkbox"/> E. PARKINSON
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> DEMENCIA
<input type="checkbox"/> CIRROSIS	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD ARTICULAR
<input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/> OSTEOARTROSIS
<input type="checkbox"/> DCV. PREVIO	<input type="checkbox"/> FRACTURA CADERA
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> ENF. HEPATICA
<input type="checkbox"/> HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL
<input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO	<input type="checkbox"/> ENF. TEJIDO CONECTIVO
<input type="checkbox"/> E. VASCULAR PERIFERICA	<input type="checkbox"/> ENF. ACIDO PEPTICA
<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/> MENOPAUSIA

OTROS.....

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

--

**HÁBITOS**

ALCOHOL:	SI ( )	NO ( )
TABACO:	SI ( )	NO ( )

**SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

INCONTINENCIA		DELIRIO	
INMOVILIDAD		POLIFARMACIA	
CAIDAS		ESCARAS	
T. MARCHA		DEPRIVACIÓN SENSORIAL	
DET. COGNITIVO		ESTREÑIMIENTO	
DEPRESIÓN		DESACONDICIONAMIENTO	

**1. VALORACIÓN ESTADO MENTAL**

**Valoración Cognitiva**

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO		
Normal	Puntaje: 28 – 35	
Deterioro cognitivo leve	Puntaje: 28	
Deterioro cognitivo moderado	Puntaje: 24	
Deterioro cognitivo severo	Puntaje: 20	

**Valoración Afectiva**

Escala Depresión Yesavage	
---------------------------	--

**1. VALORACIÓN FUNCIONAL**  
**Actividades de Vida Diaria**

Básicas Katz	I	D
Baño		
Vestido		
Uso de Water		
Transferencia		
Continencia		
Alimentación		
Calificación		

**Instrumentales Lawton**

**CRUZ ROJA INTERNACIONAL**

CRUZ ROJA INTERNACIONAL	
Independiente total	0
Algunas dificultades en actividades complicadas	1
Requiere alguna ayuda ocasional	2
Necesita ayuda de una persona para movilizarse, incontinencia ocasional	3
Necesita ayuda de una persona para movilizarse, Incontinencia permanente	4
Dependiente total	5

**Grado Capacidad Física (Cruz Roja)**



ESCALA DE LAWTON	I	D
Uso del Teléfono		
Ir de Compras		
Preparar La comida		
Realizar Tareas domesticas		
Lavar la Ropa		
Uso de Transporte		
Uso de su Medicación		
Administrar Dinero		
Calificación		

Total (0 – 5)

### Equilibrio y Marcha (Tinetti)

Equilibrio	
Marcha	
Riesgo de Caída	
Total	

## 2. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Bueno	
Riesgo alto	
Riesgo Bajo	
Desnutrido	

## EXAMENES DE LABORATORIO

Hemoglobina	
Albumina	
Colesterol	
Trigliceridos	
Creatinina	
Glucosa	

## 3. VALORACIÓN SOCIAL

Apoyo Social bueno	
Apoyo Social Regular	
Apoyo Social Malo	

## 4. DIAGNOSTICO CLÍNICOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

## ANEXO 3. ESCALAS DE VAORACION GERIATRICA:

### Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del servicio y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del servicio, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las 6 funciones.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican a continuación. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

#### **Bañarse (con esponja, ducha o bañera).**

Independiente: necesita ayuda para bañarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.

#### **Vestirse.**

Independiente: coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos, utiliza cremalleras; se excluye el atarse los zapatos.

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido sólo parcialmente.

#### **Usar el servicio.**

Independiente: accede al servicio, entra y sale de él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores (puede utilizar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el servicio.

#### **Movilidad.**

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

#### **Continencia.**

Independiente: control completo de la micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas o el uso reglado de orinales y/o cuñas.

#### **Alimentación.**

Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan).

Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto o nutrición parenteral.

---

#### **Escala de depresión de Yesavage (versión reducida).**

		SÍ	NO
1	¿Esta satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0

5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	1	0
		PUNTUACIÓN TOTAL _____	
Interpretación: 0 a 5 Normal / 6 a 9 Depresión leve / > 10 Depresión establecida.			

### Mini examen cognoscitivo de Lobo.

**1. Orientación en el tiempo y espacio.**

"Dígame el día de la semana, día del mes, mes, estación del año y año en el que estamos" (0-5 puntos).

"Dígame el nombre del centro, el piso, la ciudad, la provincia y el país en el que estamos" (0-5 puntos).

**2. Fijación.**

"Repita estas palabras: caballo, peseta, manzana" (0-3 puntos).

**3. Concentración y cálculo.**

"Si tiene 30 pesetas y me las va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando?" (0-5 puntos).

"Repita 3-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalo al revés empezando por la última cifra, luego la

penúltima y finalmente la primera" (0-3 puntos).

**4. Memoria.**

"¿Recuerda usted las tres palabras que le he dicho antes? Dígalas" (0-3 puntos).

**5. Lenguaje y construcción.**

"¿Qué es esto?(mostrar un reloj) ¿y esto? (mostrar un bolígrafo)" (0-2 puntos).

"Repita la siguiente frase: En un trigal había cinco perros"(0-1 puntos).

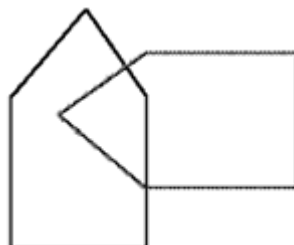
"Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde ¿qué son?; ¿y un perro y un gato?"(0-2 puntos).

"Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (0-3 puntos).

"Lea esto y haga lo que dice"(0-1 puntos).

"Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta"(0-1 puntos).

"Copie este dibujo"(0-1 puntos).



Instrucciones:

1. Orientación: Un punto por cada acierto; enumerar cada ítem y esperar la respuesta.
2. Fijación: Decir las tres palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sea necesario hasta que el paciente las diga correctamente; se da un punto por cada palabra que diga correctamente en el primer intento.
3. Concentración y cálculo. Se da un punto por cada resta correcta. Se da un punto Se da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.
4. Memoria. Se da un punto por cada palabra recordada, independientemente del orden.
5. Lenguaje y construcción. Se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si repite la misma frase que ha de citarse una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta (colores, animales). Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita ("cierre los ojos"). Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado y con sentido (no se valora la caligrafía ni la ortografía). Un punto si dibuja dos pentágonos con intersección de uno de sus ángulos.

La puntuación máxima es 35; se considera que existe deterioro cognitivo si es menor de 23 puntos.

---

## Escala de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria

- **Capacidad para usar el teléfono:**
  - Utiliza el teléfono por iniciativa propia.....1
  - Es capaz de marcar bien algunos números familiares .....1
  - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.....1
  - No es capaz de usar el teléfono.....0
- **Hacer compras:**
  - Realiza todas las compras necesarias independientemente.....1
  - Realiza independientemente pequeñas compras.....0
  - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.....0
  - Totalmente incapaz de comprar .....0
- **Preparación de la comida:**
  - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente .....1
  - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes .....0
  - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada .....0
  - Necesita que le preparen y sirvan las comidas .....0

- **Cuidado de la casa:**
  - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) .....1
  - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas ..... 1
  - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza .....1
  - Necesita ayuda en todas las labores de la casa .....0
  - No participa en ninguna labor de la casa .....0
- **Lavado de la ropa:**
  - Lava por sí solo toda su ropa .....1
  - Lava por sí solo pequeñas prendas.....1
  - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro .....0
- **Uso de medios de transporte:**
  - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche .....1
  - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte .....1
  - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.....1
  - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros .....0
  - No viaja .....0
- **Responsabilidad respecto a su medicación:**
  - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta .....1
  - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente .....0
  - No es capaz de administrarse su medicación .....0
- **Manejo de sus asuntos económicos:**
  - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo .....1
  - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.....1
  - Incapaz de manejar dinero .....0

La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total.

---

#### **ANEXO 4. GLOSARIO DE TERMINOS:**

**1. Adulto mayor:** Persona con edad superior a los 65 años.

**2. Síndromes geriátricos:** un conjunto de cuadros clínicos, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son frecuente origen de incapacidad funcional.

**3. VGI:** Es el proceso de diagnostico multidimensional e interdisciplinario que se realiza al paciente anciano con el objetivo de cuantificar sus capacidades y problemas

médicos, psicológicos, funcionales y sociales, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y seguimiento a largo plazo.

**4. *Equipo interdisciplinario:*** Grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente y coordinada, compartiendo una metodología de trabajo para conseguir objetivos comunes.

**5. *Polifarmacia:*** Consumo habitual en el anciano de 3 o más fármacos.